



KWESTIONARIUSZ DOTYCZĄCY NIEPOWODZENIA LECZENIA IMPLANTOLOGICZNEGO

Zarezerwowane dla Global D i Partnerów:
Przyjęto przez:
Numer rejestracji (jeżeli dotyczy):
Data:
Numer sprawy:

1. INFORMACJE DOTYCZĄCE LEKARZA

Kod klienta (Zob. dokument dostawy i/lub faktura):
Imię i nazwisko lekarza:
Email:

Wymagane załączniki

1. Produkty MUSZĄ być ODKAŻONE, OCZYSZCZONE I WYSTERYLIZOWANE.
2. Zdjęcia RTG przed i po założeniu oraz po usunięciu implantu (jeżeli dotyczy, zdjęcia RTG po obciążeniu)

2. INFORMACJE DOTYCZĄCE PACJENTA

ID pacjenta: Płeć: ☐ M ☐ K

Wiek:

Gęstość kości w miejscu wszczepienia

☐☐☐☐

Klasyfikacja wg Lekholm i Zarba (1985)

Typ D1
Głównie kość zbita

Typ D2
Gruba kość korowa, mała objętość kości gąbczastej

Typ D3
Cienka kość korowa, gęsta kość gąbczasta

Typ D4
Cienka kość korowa, więcej kości gąbczastej

Historia leczenia: Proszę podać wszystkie informacje istotne dla analizy przypadku (np. bruksizm lub nadczynność, palenie tytoniu, cukrzyca, spożywanie alkoholu, wypychanie języka, jękanie, alergie, infekcje...)

.....
.....
.....
.....
.....

3. ZABIEG I PROTEZA

Średnica ostatniego wiertła: mm Moment obrotowy implantu: N.cm Dokręcenie końcowe kluczem dynamometrycznym ☐ Tak ☐ Nie

☐ Wykonany przeszczep kostny, proszę określić:

Rodzaj implantacji	Procedura chirurgiczna	Bezzębnie	Proteza
☐ Natychmiast po ekstrakcji	☐ Jednoetapowa	☐ Pojedyncze	☐ Cementowana
☐ Odroczone w czasie	☐ Dwuetapowa	☐ W wielu miejscach	☐ Mocowana na śrubie
	☐ Natychmiastowe obciążenie	☐ Pełny łuk	☐ Zdemowana

4. INFORMACJE O PRODUKCIE

Numer zęba	Implant		Daty		Element protetyczny lub łącznik gojący		
	Nr. ref.	Numer serii	Założenia	Usunięcia	Nr. ref.	Numer serii	Data założenia

Inne miejsca implantacji ☐ Tak, podać lokalizację:

5. INFORMACJE DOTYCZĄCE USTERKI (zaznaczyć wyłącznie jedną z czterech opcji)

☐ Odłączenie implantu (od łącznika lub innego elementu) Uwagi:	☐ Brak stabilizacji pierwotnej (przy wszczepieniu implantu) Uwagi:
--	--

☐ Niepowodzenie leczenia na wczesnym/pierwotnym etapie (Brak osteointegracji – przed obciążeniem) (Przyczyny: np. zużycie wiertła, przegrzanie, nadmierna kompresja, ponowne użycie śruby gojącej...)	☐ Niepowodzenie leczenia na późnym/wtórny etapie (Utrata osteointegracji) (Przyczyny: np. przedwczesne obciążenie, przeciążenie biomechaniczne, utrata kości, resztkowy cement, niedopasowanie protetyczne, płytka nazębna, peri-implantitis...)
---	--

6. OPIS

Proszę opisać wszelkie istotne zdarzenia, które mogłyby wyjaśnić niepowodzenie leczenia implantologicznego: powikłania śródzabiegowe, szczególne warunki kliniczne, czynniki ryzyka pacjenta lub jakiegokolwiek pogorszenie stanu zdrowia, które mogło się do tego przyczynić.

Proszę również wskazać konsekwencje dla pacjenta i/lub lekarza: usunięcie implantu, dodatkowy zabieg chirurgiczny, modyfikacja planu leczenia, dyskomfort, ból itp.

.....
.....
.....